

PUNTOS DESTACADOS DEL PRESUPUESTO

- **Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA)—Iniciativa Presidencial para el Tratamiento:** + 600 millones de dólares durante tres años. El presidente se ha comprometido a agregar 1.600 millones de dólares para el sistema de tratamiento por drogas durante un período de cinco años. Como parte de este esfuerzo, el presupuesto para el año fiscal 2004 incluye un nuevo financiamiento de 200 millones de dólares en ayuda indirecta para el tratamiento de la adicción a sustancias y otros servicios de apoyo. Las personas que necesitan tratamiento, sin importar donde se encuentren—en salas de emergencia, clínicas de salud, el sistema de justicia penal, las escuelas o la comunidad religiosa—recibirán una evaluación basada en pruebas de sus necesidades de tratamiento y recibirán vales por el costo de ese tratamiento.
- **Programas de la Oficina de Justicia—Programa de tribunales de drogas: 68 millones de dólares.** La administración propone aumentar el programa de los tribunales de drogas en 16 millones de dólares sobre el nivel solicitado para el año fiscal 2003. Este incremento aumentará el número de los tribunales de drogas; aumentará la retención y finalización con éxito de los programas al expandir su alcance y mejorar la calidad de los servicios; y generará información sobre los resultados del programa. Los tribunales de drogas ofrecen alternativas al encarcelamiento al utilizar el poder coactivo del tribunal para obligar a la abstinencia y alterar la conducta mediante una combinación de sanciones incrementales, pruebas obligatorias por drogas, tratamiento, y programas efectivos de postratamiento.
- **Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA): + 25,6 millones de dólares.** Este aumento propuesto permitirá a NIDA financiar las obligaciones corrientes, emprender proyectos de colaboración en investigaciones con otras organizaciones de los Institutos Nacionales de Salud, y emprender nuevas iniciativas para avanzar el tratamiento y la prevención. Los proyectos de NIDA que son instrumentales en ayudar a cumplir con las metas de reducción del consumo de drogas esbozados por el presidente incluyen la Iniciativa Nacional para la Investigación de la Prevención, la Red Nacional de Pruebas Clínicas para el Tratamiento de la Drogadicción, y los Planteamientos para el Tratamiento de Infractores Delictivos Drogadictos.

La curación de los usuarios de drogas en los Estados Unidos: Llevar los recursos de tratamiento donde se necesiten.

En 1854, el Dr. John Snow revolucionó el terreno de la salud pública cuando descubrió la forma en que se propagó una plaga de cólera en Londres. En un vecindario, el número de muertos ascendió a más de 500 en diez días. Snow marcó los casos en un mapa y halló que los mismos procedían de una bomba de agua en Broad Street, de la cual las personas infectadas obtenían su agua. Snow hizo que se removiera la manija de la bomba, con lo cual terminó la epidemia.

La medicina fue transformada por la estrategia del Dr. Snow, la cual consistió en bloquear los vectores que propagaban el contagio. La misma lógica nos puede ayudar a combatir una epidemia moderna—la propagación del consumo y la adicción a las drogas.

Las investigaciones médicas han establecido un hecho claro acerca del consumo de drogas: una vez empezado, puede convertirse en una enfermedad devastadora del cerebro, con consecuencias que son todo excepto tentadoras. Ninguna persona joven que ve a un adicto caminando a tropezones en la calle piensa en la pérdida de potencial humano y decide seguir por el mismo camino.

Sin embargo, la enfermedad se propaga. Se propaga porque los vectores del contagio no son los adictos en la calle, sino los consumidores que no muestran todavía señales de las consecuencias de su hábito. El año pasado, unos 16 millones de norteamericanos consumieron una droga ilícita por lo menos una vez por mes, y 6,1 millones de norteamericanos necesitaron tratamiento. El resto, los que todavía se encuentran en la fase de “luna de miel” de su vida de drogadicción, son “portadores” que transmiten la enfermedad a otros que sólo ven la superficie del fraude. Personas que se han sometido al tratamiento

informan que especialmente los nuevos consumidores están inclinados a alentar a sus pares a que los acompañen en su nueva forma de conducta.

Aplicación de los principios de salud pública

El modelo de salud pública ofrece tres lecciones claves sobre la política de las drogas.

Primero, tal como se trató en el capítulo anterior, se debe educar a los jóvenes acerca de la mentira sobre lo que representa el consumo de drogas. El uso de drogas promete una cosa pero resulta en otra cosa—algo que es triste y que debilita al usuario, a su familia y su comunidad. El engaño puede estar enmascarado por algún tiempo, y es durante este tiempo que los usuarios “transmiten” el hábito a otras personas jóvenes vulnerables.

Una segunda lección clave del modelo de salud pública se aplica a aquellos que todavía se encuentran en la fase de la luna de miel. Es una lección con implicaciones importantes en el terreno del tratamiento de drogas, en el que un número grande y creciente de proveedores del tratamiento se ha visto obstaculizado por un mecanismo imperfecto de dirigir a las personas que necesitan ayuda hacia la forma o modalidad de tratamiento más apropiada. Puesto en términos simples, para muchos usuarios—incluso la gran mayoría en el grupo de 18 a 25 años de edad—la mejor respuesta a su consumo de drogas no es una permanencia prolongada en un centro de tratamiento sino un examen para determinar si necesitan ayuda. A este examen puede seguir, si es necesario, un breve período de tratamiento.

La tercera lección incluye a aquellos cuyo consumo ha progresado hasta el punto en que necesitan tratamiento pero que no buscan activamente ayuda, puesto que ni siquiera el mejor programa de tratamiento puede ayudar a un adicto que no busca ayuda. Según una encuesta realizada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales, la vasta mayoría de los consumidores de drogas que necesitan tratamiento no reconoce esa necesidad (ver Gráfico 9), hecho que no sorprendería a aquellos que tienen seres queridos que han luchado con la dependencia de drogas. De los cinco millones de personas que se estima que necesitaron tratamiento pero no lo recibieron en 2001, menos del ocho por ciento creyó que realmente lo necesitaba.

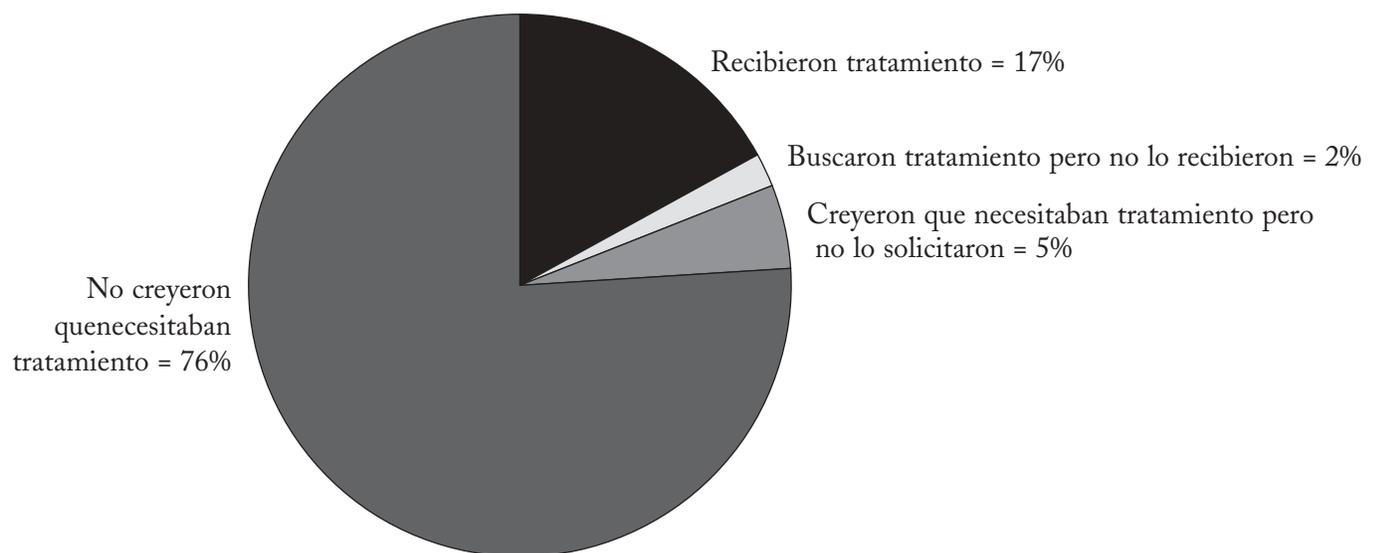
La sabiduría convencional acerca del tratamiento de la drogadicción—que los más difíciles de ayudar son los casos de individuos indigentes o vagabundos—resulta no ser del todo correcta, porque los casos más difíciles son realmente aquellos que nunca se ven. La tercera lección del modelo de salud pública incluye

por lo tanto la necesidad crucial de lograr que la gente reciba tratamiento—nada muy fácil tratándose de una enfermedad cuya característica principal es no reconocer su existencia.

Eliminar esta “denegación” requiere que nosotros como nación establezcamos un clima en el que los norteamericanos confrontemos el uso de drogas honesta y directamente, y alentemos a aquellos que lo necesitan a que acepten y sigan el tratamiento. La coacción compasiva de este tipo empieza con la familia, los amigos y la comunidad, incluso los compañeros de trabajo. Requiere también el apoyo de las instituciones y de aquellos que trabajan en ellas—la policía, las iglesias y los proveedores de cuidados de salud, entre otros—para identificar y guiar a las personas que necesitan tratamiento. Y requiere que se utilicen técnicas novedosas para combatir la adicción, como productos farmacéuticos especializados. (La aprobación en octubre de 2002 de la buprenorfina, droga usada para combatir la dependencia de opiáceos, distingue a la primera droga narcótica que existe para el tratamiento de la

Gráfico 9: La mayoría de aquellos que necesitan tratamiento de drogas no lo solicitaron

Total de personas que necesitan tratamiento = 6,1 millones



dependencia de opiáceos que puede ser recetada en el consultorio de un médico).

Aunque la mayoría de los que dependen de drogas ilícitas no reconocen su dependencia, la buena noticia es que más de un millón de norteamericanos reciben tratamiento cada año y están en camino de recuperación. Ellos merecen nuestro respeto por haber tenido el valor de presentarse y buscar ayuda. Lamentablemente, se estima que unos 101.000 de aquellos que buscan tratamiento todos los años no están en condiciones de recibirlo. Su necesidad es inmediata y, cuando no pueden satisfacer esa

necesidad, muchos vuelven a sus viejos hábitos y pueden no buscar ayuda.

Para abordar esta necesidad crítica, iniciaremos este año un nuevo programa, financiado con 600 millones de dólares por un período de tres años, el cual aumentará el acceso al tratamiento de la drogadicción y al mismo tiempo alentará a que haya rendición de cuentas en el sistema del tratamiento. Para aquellos que no tienen cobertura privada, nos aseguraremos que los profesionales médicos en las salas de emergencia, las clínicas de salud, el sistema de justicia penal, las escuelas y en práctica privada

LIFECCHANGE: APROVECHAR EL PODER DE LA FE

En la Misión *Union Gospel*, en Portland, Oregón, los hombres y mujeres sin hogar pueden recibir alimentos, ropa y frazadas. Las personas que entran en este centro de fe pueden encontrar también una oportunidad para cambiar sus vidas por medio de *LifeChange* o Cambio de Vida—un programa de tratamiento de la drogadicción que es diferente.

LifeChange fue fundado en 1995 por el ex fiscal Bill Russell, y desde entonces 62 personas se han graduado del programa. Si bien los programas de tratamiento típicamente son de 90 días, la duración mucho mayor de *LifeChange* los limita a 32 personas en cualquier momento dado, aunque se está procediendo a expandir el programa a un total de 80 camas. Casi una tercera parte de aquellos que participan en el programa fueron ordenados a hacerlo por jueces y agentes de libertad vigilada.

Si bien los que participan en *LifeChange* no tienen acceso directo a dinero mientras están en el programa, se ganan la vida

trabajando en el almacén de la misión, donde se recaudan dos tercios del presupuesto para el programa. Los residentes ayudan también a los desamparados de la región. Un miembro del personal lo explica de esta manera: “Cuando usted está en el programa, se supone que devuelva algo. Debe compensar a la familia y a la comunidad por las cosas malas que hizo cuando era un adicto”. Además de trabajar, los residentes asisten a clases académicas, participan en el estudio de la Biblia y enfrentan los temas que los llevaron a una vida de adicción.

Los residentes gradualmente adquieren niveles crecientes de responsabilidad, en preparación para el mundo posterior a *LifeChange*. Junto con la educación, el programa provee a los egresados pericias de trabajo, un grado en educación general y, frecuentemente, capacitación vocacional. Se ayuda a los residentes al hacer estos la transición a empleos regulares y hacia una vida independiente. *LifeChange* es un programa de base religiosa que da resultado.

estén en condiciones de evaluar sus necesidades de tratamiento y al mismo extiendan un vale que cubra el costo de proveer ese tratamiento.

Los vales para el tratamiento serán reembolsables en base a una escala móvil que recompensa al proveedor por la efectividad del tratamiento. Los servicios varían desde la intervención con adictos jóvenes antes de que estos progresen a una dependencia mayor, hasta servicios para pacientes no hospitalizados y tratamiento intensivo de pacientes internados. Por primera vez, proveeremos una forma de tratamiento dirigida por el consumidor.

El camino hacia la ayuda será directo, apropiado y estará abierto en forma indiscriminada a todos los programas de tratamiento que salvan vidas, incluso los programas dirigidos por organizaciones religiosas. Para muchos norteamericanos, el poder transformador de la religión es un recurso para vencer la dependencia. Con este nuevo programa, aseguraremos que los vales para el tratamiento estarán a disposición de aquellas personas que optan por dirigirse a las organizaciones de base religiosa para buscar ayuda. Nuestra meta es hacer que la recuperación sea el futuro de todos aquellos que luchan con la drogadicción.

Al final de la luna de miel: un nuevo enfoque en los tratamientos breves

Los casi doce millones de consumidores actuales de drogas cuyo consumo no ha progresado hasta la dependencia encaran un futuro incierto. La probabilidad de que eventualmente crucen hacia la adicción es desde uno de cada tres hasta aproximadamente uno de cada diez, dependiendo de la droga—lo suficientemente elevada para que sea inaceptable, pero lo suficientemente baja para alentar a muchos a persistir en su consumo de drogas. De mayor urgencia, desde la perspectiva de la salud pública, es la necesidad de atajar el mensaje

destrutivo que los consumidores no adictos transmiten a otros. La tendencia hacia “tratamientos breves” ofrece promesas en esta área.

Un individuo adicto a drogas típicamente entra en contacto repetidamente y en una variedad de formas con los sistemas del cuidado de la salud y la justicia penal. No es así con el consumidor de drogas casual y relativamente asintomático, cuyo consumo no es obvio y que puede vivir meses o años antes de que ocurra un evento provocador como un accidente de automóvil, una sobredosis, o un arresto.

Una manera prometedora para alcanzar a las personas incluidas en esta última categoría es utilizar la infraestructura médica existente, la que ya tiene una vasta experiencia en identificar a los bebedores con problemas, para examinar a los pacientes por uso de drogas durante algunos de los millones de visitas que se hacen cada año a las salas de emergencia y los consultorios médicos.

La mayoría de aquellos que son identificados como consumidores de drogas tendrán un problema incipiente (véase la casilla), un problema que no ha progresado hasta el punto de requerir la admisión en un centro de tratamiento. Estas personas probablemente responderán a una intervención breve, desde una conversación de cinco minutos, altamente estructurada, hasta una docena de sesiones de asistencia psicológica. El grado de la capacitación profesional necesaria para realizar estas intervenciones aumenta según la duración y la intensidad, pero en su mayoría se las puede efectuar en el consultorio del doctor o en el departamento de servicios sociales de un hospital.

Aunque algunas personas pueden necesitar asesoramiento y tratamiento a fondo, hasta una intervención breve puede ser efectiva cuando alguien con autoridad la provee a un consumidor no adicto a las drogas. Una investigación reciente respaldada por la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) y realizada por intermedio del Estudio de Tratamientos de Jóvenes que consumen cannabis encontró que los

tratamientos breves tienen mucho éxito, especialmente con clientes de poca gravedad. Como puede imaginarse, los ahorros en los costos son substanciales cuando se los compara con la alternativa de la desintoxicación seguida de una estadía extensa en el tratamiento.

Naturalmente, muchos consumidores de drogas tienen problemas más graves, los que pueden incluir desórdenes mentales y otros problemas de salud. Esos trastornos interactúan en formas lamentables:

los que consumen drogas son más propensos a desarrollar problemas mentales, mientras que las personas con desórdenes mentales son más propensas a consumir drogas ilícitas que la población en general. Estos “trastornos coocurrentes” tienen un efecto terrible en las personas y complican la tarea de ayudarlos por medio del tratamiento de la drogadicción. Como resultado, algunos sistemas estatales de tratamiento se están inclinando a examinar regularmente a las personas por ambos tipos de desórdenes.

PROGRAMAS QUE DAN RESULTADO: EXAMEN, INTERVENCION BREVE Y ORIENTACION

John Doe, de 45 años, es admitido en la sala de emergencia después de un accidente de automóvil. Lo que los doctores no supieron cuando llegó fue que John consumía cocaína y marihuana. En muchos hospitales, los doctores no se ocuparían de las necesidades médicas de John excepto sus lesiones, perdiendo de esta manera una oportunidad para intervenir temprano y evitar una conducta que podría llevar a lesiones mayores.

Este no fue el caso en el Hospital Scripps Mercy de San Diego, donde se había puesto en práctica un programa de examen, intervención breve y orientación (SBIR) en la sala de emergencia, la unidad de cuidados primarios y el servicio de urgencia. En Scripps Mercy, John Doe es entrevistado por un educador en salud especialmente adiestrado mientras se encontraba todavía en la sala de emergencia. Esta entrevista, en la que principalmente se procura determinar el consumo de drogas y alcohol de John, no interfiere con el cuidado médico tradicional. Pero sí determina si el Sr. Doe tiene un problema de alcohol o drogas.

Después de determinar que el Sr. Doe tiene un problema, un médico agregado a la sala de emergencia efectuará una “intervención breve” de cinco minutos. Si se determina que el Sr. Doe

necesita una intervención más extensa, se lo orientará a los servicios de tratamiento apropiados.

Se determinó que John Doe, igual que la mayoría de los que consumen drogas en Estados Unidos, en esa oportunidad no sufría de dependencia ni adicción. (Según definido por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, la dependencia de drogas—caracterizada por problemas considerables de salud, problemas emocionales, dificultad en refrenar el consumo, tolerancia a drogas y otros síntomas—es más grave que el abuso de drogas). La intervención breve que se le efectuó al Sr. Doe fue reforzada por los doctores que trataron sus lesiones y podría alcanzar para que cese de consumir drogas.

Lamentablemente, a pesar de la creciente evidencia de la efectividad de esta forma modesta de intervención, la mayoría de las unidades de cuidados primarios, salas de emergencia y centros de trauma en el país no integran el programa SBIR al cuidado médico. En otras palabras, a John Doe le hubieran tratado sus lesiones y lo hubieran mandado a la casa, pasando por alto su incipiente problema de abuso de sustancias.

Conducción de automóviles bajo la influencia de drogas

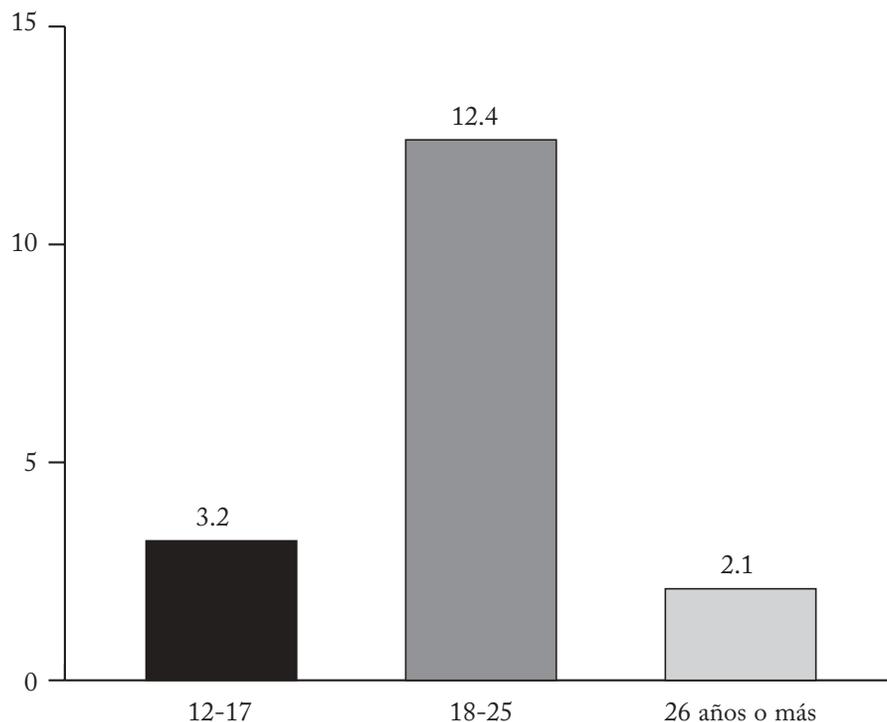
Con el tiempo, el tratamiento breve debería permitir a los profesionales localizar a los consumidores no dependientes de drogas a través de otras instituciones con que están regularmente en contacto, notablemente el lugar de trabajo y las escuelas, y proveerles la ayuda apropiada. Los usuarios de drogas que provocan esas intervenciones figuran entre los más afortunados; muchos se hacen daño o lesionan a otros en las carreteras de nuestro país antes de atraer la atención del sistema de tratamiento por drogas.

Los defensores de la legalización de drogas que sugieren que en el uso de drogas “no hay víctimas”

no saben que decir cuando se los confronta con el dolor de una familia que ha perdido a un padre o hijo por causa de un conductor intoxicado con marihuana. El problema es real: las investigaciones indican que en 2001, unos ocho millones de conductores se sentaron detrás del volante de un automóvil después de haber usado drogas, y el problema es particularmente grave entre los conductores jóvenes (ver el Gráfico 10).

Hace más de dos décadas, un grupo de madres que habían quedado con el corazón partido tras la muerte de sus hijos formaron lo que vino a llamarse *Mothers Against Drunk Driving*—MADD (madres en contra de los conductores embriagados), cuyos esfuerzos incansables—junto con los de la Administración Nacional de Seguridad del Tránsito—contribuyeron a que bajaran en un 43 por

Gráfico 10: Los adultos jóvenes tienen la tasa más alta de conducción de automóviles bajo la influencia de drogas
El porcentaje que ha informado haber conducido un automóvil bajo la influencia de una droga ilícita



ciento las muertes en la carretera relacionadas con el alcohol. Los grupos como MADD expandieron sus actividades para concentrarse también en la conducción bajo la influencia de drogas, pero en este momento no existe ningún sistema de confianza que identifique a los conductores intoxicados con drogas y que los dirija a recibir tratamiento por drogas antes de que se pierdan vidas inocentes. Debido a que algo más que la mitad de todos los contactos entre la policía y el público ocurre durante paradas en el tránsito, el proveer a los agentes de policía los medios para reconocer mejor el uso de drogas representa una oportunidad tremenda para hacer que nuestras carreteras sean más seguras y lograr que los usuarios de drogas reciban tratamiento.

Una manera de lograr estas dos metas es respaldar el programa de Expertos en el Reconocimiento de Drogas (DRE), que adiestra a los agentes de policía a reconocer e identificar rápidamente las señales del uso de drogas. Ese adiestramiento es crucial para evitar la ocurrencia común de que se para a un conductor que ha usado drogas por sospecha de estar conduciendo bajo la influencia pero que se lo deja ir cuando no registra pruebas de haber bebido. El adiestramiento con el programa DRE, en cambio, depende de las indicaciones de conducta para reconocer mejor las señales de uso de drogas y saca a los conductores peligrosos de la calle y los pone en tratamiento o una situación de corrección apropiada.

La principal limitación de los actuales funcionarios adiestrados por DRE es simple: son muy pocos y son pocas las posibilidades de que un conductor intoxicado con drogas se encuentre con un policía adiestrado por DRE. (Pero, de haber un encuentro, las probabilidades cambian; el adiestramiento de DRE es riguroso, y las pruebas toxicológicas confirman las evaluaciones de los policías adiestrados por DRE más de 90 por ciento de las veces). Las investigaciones de nuevas tecnologías de detección prometen llevar a una versión de los familiares aparatos de pruebas de alcohol por respiración para suplir la pericia del agente de policía en confirmar el uso y la presencia de drogas. El Centro de Evaluación de Tecnologías contra Drogas

(CTAC) de ONDCP auspicia las investigaciones que se realizan de pruebas de saliva, las que pueden ayudar con rapidez, en forma higiénica y precisa, al agente a saber si un conductor ha usado drogas ilícitas. CTAC financiará esta investigación a un nivel de 1,5 millones de dólares durante los próximos tres años.

Reducir la reincidencia mediante los tribunales de drogas

La administración propone además un aumento de 16 millones de dólares en respaldo del programa de Tribunales de Drogas para el año fiscal 2004. Los tribunales de drogas utilizan la autoridad coactiva de un juez para exigir abstinencia y alterar la conducta mediante una combinación de sanciones graduadas, pruebas obligatorias por drogas, gestión de casos, tratamiento supervisado y programas de postratamiento. Los programas invasores y cuidadosamente modulados como los tribunales de drogas muchas veces son la única manera de liberar a alguien que consume drogas de las garras de la adicción. Esos programas representan una de las innovaciones más prometedoras de los años recientes.

Hallazgos nuevos de investigaciones realizadas sugieren que los tribunales de drogas son efectivos para reducir la reincidencia delictiva. Un informe preliminar del Instituto Nacional de Justicia, “Estimación de Tasas de Reincidencia de Tribunales de Drogas”, examinó más de 2.000 egresados de 100 tribunales de drogas y determinó que la tasa de reincidencia (definida como ser arrestado y acusado de una infracción que, al ser condenado, resultaría en una sentencia de por lo menos un año) fue de solamente 16,4 por ciento un año después de egresado y de 27,5 por ciento a los dos años. Las cifras correspondientes a personas encarceladas por infracciones de drogas, en lugar de aquellas procesadas en tribunales de drogas, fueron de 43,5 y

58,6 por ciento respectivamente. (Debido a que los infractores violentos de drogas generalmente no califican para ser admitidos en el tribunal de drogas, las cifras de los infractores que comparecen en

tribunales y los que son encarcelados no son estrictamente comparables).

REHABILITACIÓN EN EL TRIBUNAL DE DROGAS DE CINCINNATI

Dan Smith, vagabundo de 32 años, es arrestado por poseer cocaína y metanfetamina. Se tiene registros de numerosos arrestos anteriores de naturaleza similar en su vida, pero esta es la primera vez que Dan ha sido detenido en Cincinnati. En el Tribunal de Drogas del Condado de Hamilton, se le darán los medios que necesitará para su rehabilitación a una vida de cumplimiento de la ley y libre de drogas.

Después de su arresto, un defensor público identifica a Dan como candidato potencial para el tribunal de drogas. Durante dos semanas es sometido a un período de evaluación como paciente hospitalizado, dirigido por profesionales en drogadicción del Centro de Tratamiento Talbert House. Se asignó a cuatro agentes de libertad vigilada para promover la coordinación entre el sistema de justicia penal y los proveedores del tratamiento.

Después que los expertos clínicos del centro determinaron que Dan sufre de dependencia de drogas ilícitas, éste compareció ante el juez Kim W. Burke. Se lo puso en libertad condicional y se le ordenó someterse a un régimen de tratamiento que normalmente incluye noventa días de internado, seguido de seis semanas de cuidado intensivo como paciente no hospitalizado, y un mínimo de doce meses de cuidado continuado.

El juez Burke examina de cerca a los clientes del tribunal de drogas, y entrevista a cada uno de los 400 por lo menos una vez por mes y a algunos de ellos semanalmente. La clave del éxito del tribunal de drogas es crear un entorno sostenedor pero firme. Dice el juez Burke, “Durante nuestros informes de situación en las tardes, hago que esté presente el agente de libertad vigilada, el asesor de tratamientos, y el abogado. Esto evita que muchos digan ‘mi agente de libertad vigilada me dijo que podía hacer esto’, o ‘mi asesor me dijo que podía hacer aquello’”.

Mientras Dan siga libre de drogas y de alcohol durante el período de su sentencia, no tendrá que estar en la cárcel por su condena original. El programa se basa en que Dan sabe que será sometido a pruebas para la detección de drogas todas las semanas; si se encuentra que ha usado drogas ilegales, puede anticipar que habrá consecuencias inmediatas.

El juez Burke lo pone de esta manera: “Si la prueba de una persona resulta positiva, lo descubro muy rápidamente—generalmente el día siguiente. La recaída forma parte de lo que hacemos, pero cuando se presentan con un examen por drogas con resultados malos, saben que pasarán un par de días en la cárcel. Lo que importa es que sus actos tengan consecuencias inmediatas”.

Resultados como estos explican las razones por las que el movimiento pro tribunales de drogas ha progresado desde que disfrutara la condición de novedoso, cuando el concepto fue inicialmente puesto de relieve en la Estrategia Nacional para el Control de Drogas propuesta por el presidente en 1991, cuando había menos de media docena de

tribunales de drogas. Ahora, hay más de 940 tribunales de drogas en 49 estados, con 441 tribunales adicionales en vías de planificación. Las metas claves del programa para los años venideros incluyen expandir el número de tribunales de drogas, mejorar las tasas de retención y generar información plausible sobre los resultados posteriores al programa.